400

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Alberto TORANZO

Né à Arequipa (Pérou), le 21 octobre 1893

QUELQUES DÉTAILS

SUR LES

TRAITEMENTS DU CANCER DU COL UTÉRIN

(HYSTÉRECTOMIE TOTALE ÉLARGIE)

Président : M. FAURE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES BIEN CHERS PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance et de grande affection.

A MES SŒURS ET FRÈRE

A MES AMIS

A H. BOUCHET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études de médecine, nous tenons avant de commencer ce travail à apporter nos remerciements à nos maîtres qui nous ont fait profiter dans les Hôpitaux de leur science et de leur expérience.

Que notre maître le professeur J.-L. Faure veuille bien accepter notre plus touchant hommage de gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service, nous confiant pendant deux ans d'abord un remplacement d'externe et ensuite un remplacement d'interne. Pour tout l'intérêt qu'il a porté à notre enseignement et pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui d'accepter la présidence de cette thèse.

Pendant les deux ans que nous avons passé dans le service de notre maître le professeur Jean-Louis Faure remplissant les fonctions d'externe et d'interne, notre attention s'est trouvée particulièrement attirée vers l'hystérectomie abdominale totale élargie.

Cette opération que notre maître exécutait avec son habileté coutumière possède actuellement une technique bien réglée ; aussi n'avons-nous pas l'intention

dans ce travail de vouloir modifier en quoi que ce soit les règles posées. Nous voulons simplement faire ressortir certains détails de l'opération d'après la technique de M. Jean-Louis Faure, dont l'ensemble nous a paru par les résultats obtenus, présenter le maximum de sécurité.

L'un de nos maîtres d'hôpital avait coutume de dire : « La bonne réussite d'une opération tient dans une large mesure à de petits points de détail trop souvent négligés des opérateurs. »

La pratique hospitalière nous a montré combien ceci est vrai.

Mais avant de rentrer dans la description de ces détails, nous allons faire une légère critique des divers traitements du cancer du col.

La médecine et la chirurgie se sont disputés et se disputent encore aujourd'hui plus que jamais, le traitement de cette maladie qui emporte de nombreuses femmes parmi les plus horribles souffrances.

Toutes deux ont essayé de nombreux traitements qui après avoir éveillé les plus grands espoirs sont vite tombés dans un juste oubli.

Nous ne rappellerons ici à l'actifde chacune d'elles que les quelques traitements qui, par les bons résultats qu'ils ont donnés, méritent d'être pris en considération.

La radiothérapie née d'hier étend aujourd'hui son champ d'action bienfaisant sur de nombreuses maladies, empiète sur le terrain chirurgical et lui

soustrait les fibromes utérins avec lequels la chirurgie avait gagné tant de lauriers.

Les essais de rayons X faits sur le cancer utérin n'ont pas encore donné des résultats définitifs pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur de cette méthode thérapeutique.

La radiothérapie au contraire, quoique plus jeune compte déjà un assez grand nombre de guérisons indiscutables de cancer du col.

Dans d'autres cas elle atténue considérablement les symptômes hémorragie et douleur, donnant aux malades une trêve à leur souffrance. Mais il y a aussi un grand nombre de cas où ces effets ont été presque nuls comme par exemple dans les formes squirrheuses du cancer.

En 1918, dans le service de M. le professeur J.-L. Faure, nous avons observé le cas suivant. Dans les premiers mois de l'année une femme vient consulter et nous lui trouvons un énorme cancer végétant du col, avec un utérus fixe. Le cas est jugé inopérable à cause de cette fixité et on fait faire des applications de radium. Trois mois après la femme revient à la consultation et bien qu'il existe encore des lésions cancéreuses du col, l'utérus étant devenu mobile, la malade fut opérée par M. Faure.

Cette opération fut d'ailleurs particulièrement difficile à cause d'un tissu fibreux qui s'était formé à la base de ligaments larges, rendant très compliquée la dissection des uretères.

Si nous analysons ces faits, nous voyons que le

radium peut rendre opérables des cas qui ne l'étaient pas quelques mois auparavant ; mais que, par contre, l'opération peut être plus difficile à exécuter.

Il nous semble que l'éloquence de ce cas, qui n'est pas unique, nous montre que la radiumthérapie devait être réservée aux cas cliniquement inopérables, dont beaucoup d'eux pourraient le devenir sous l'action du radium, ou tout au moins être soulagés.

Mais que son application primaire dans les cas cliniquement opérables est imprudente, car si son action n'est pas efficace, elle devient doublement fâcheuse, d'abord faisant perdre un temps infiniment précieux et ensuite augmentant les difficultés de l'opération.

Elle est au contraire d'un immense secours post-opératoire, pour détruire la poussière de cancer. Et à ce même titre la radiothérapie a rendu aussi de très grands services.

Voyons maintenant les traitements chirurgicaux autres que l'hystérectomie abdominale pour nous occuper ensuite de celle-ci.

QUELQUES DÉTAILS

SUR LES

TRAITEMENTS DU CANCER DU COL UTÉRIN

(HYSTÉRECTOMIE TOTALE ÉLARGIE)

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Personne ne peut discuter la bénignité de cette opération ni les énormes services qu'elle a rendu et qu'elle rend encore à la Gynécologie, excepté dans l'affection qui nous occupe.

En effet la pratique journalière à l'hôpital nous montre combien il est difficile d'évaluer à l'examen clinique l'étendu des lésions.

Tantôt c'est un utérus immobile avec un énorme col qui rempli la moitié du vagin et qu'un simple curettage suffit à lui rendre sa mobilité. Le ventre ouvert on constate l'intégrité du paramètre. Tantôt c'est un col avec des lésions qui semblent minimes, mais dont la laparatomie nous montre leur étendu dans les tissus paracervicaux, avec invasion des ganglions et des tissus paramétreaux.

Or, pour la réussite de cette opération il faut toujours placer le bistouri ou les ciseaux le plus loin possible des lésions apparentes et pour cela il faut voir à ciel ouvert pour pouvoir disséquer les uretères et enlever les ganglions iliaques, choses qui ne sont pas possibles avec l'hystérectomie vaginale.

La *colpohystérectomie de Schauta* quoique donnant une plus grande lumière que l'hystérectomie vaginale simple, ne peut pas encore avoir les avantages de la voie abdominale. Elle rend néanmoins de grands services comme opération palliative dans les cas où l'état de la malade interdit la voie abdominale.

Il nous reste encore l'opération vagino-abdominale.

Ici les gros avantages sont : 1° que le temps vaginal a libéré l'utérus de son plus puissant attachement, lui donnant une grande mobilité et facilitant par conséquent les délicates dissections qu'il faut opérer dans le petit bassin, tels que ligature des hypogastriques, dissection des uretères, etc.

2° La section du vagin faite sous le contrôle de la vue en tissu sain, supprime les tâtonnements de l'opérateur quand il faut sectionner le vagin en dernier par la voie haute.

Par contre elle laisse pendant tout le temps de l'opération, la plaie vaginale dans un milieu septique et à ce point de vue est inférieure à l'hystérectomie abdominale.

En ce qui concerne le curettage nous ne pouvons l'envisager que comme moyen palliatif associé aux

cautérisations, ou comme le premier temps d'une opération ultérieure plus radicale.

Voyons maintenant l'hystérectomie totale élargie.

Tout d'abord la place de l'opérateur par la plus ou moins grande liberté d'action qu'elle permet, mérite de retenir notre attention.

Si dans certaines opérations le chirurgien est bien placé à droite de la patiente il ne nous semble pas qu'il en soit de même dans l'opération qui nous occupe ainsi que d'ailleurs dans toutes les interventions sur le petit bassin (à moins que l'opérateur ne soit gaucher).

Lorsque le chirurgien se place à gauche de la patiente en position de Trendelembourg, son avant-bras droit se trouve en rapport direct avec la paroi abdominale, et une fois le ventre ouvert le petit bassin se montre facilement et sans effort de la part de l'opérateur.

Il suffit d'ailleurs de voir opérer de cette façon pour se rendre compte immédiatement des avantages indiscutables que présente cette façon de se placer.

L'hystérectomie élargie est une opération longue et délicate au cours de laquelle on ne saurait trop s'entourer de précautions. Aussi au début de cette intervention le doublement des deux bords de l'incision pariétale nous a semblé digne d'être retenue.

Ce doublement s'obtient en réfléchissant les champs opératoires sur les surfaces cruentées de la paroi incisée et en les maintenant de chaque côté par deux points au catgut transfixant chaque lèvre de la plaie.

De cette façon les surfaces saignantes sont isolées. L'ensemencement microbien devient par suite plus difficile, évitant ainsi les abcès ultérieurs de la paroi ; complications généralement bénignes qui acquièrent cependant de l'importance au point de vue solidité de la cicatrice.

Le doublement fait, l'écarteur de Doyen mis en place, on peut procéder à la section et à la ligature immédiate des pédicules ; ligaments ronds et suspenseur de l'ovaire, de façon à éviter l'encombrement du champ opératoire par de nombreuses pinces.

La section des pédicules à notre sens peut être avantageusement faite le plus près possible de l'insertion pelvienne de façon à obtenir un jour le plus large possible dans le bord supérieur du ligament large.

Nous arrivons maintenant à un temps de l'opération : la ligature des artères hypogastriques au sujet duquel tous les auteurs ne sont pas d'accord. Nous ralliant à la façon de procéder de notre maître le professeur J.-L. Faure, devant les avantages qu'elle comporte, nous pensons que la ligature des hypogastriques doit être faite toutes les fois qu'elle ne complique pas ou n'allonge pas trop une opération compliquée et longue par elle-même.

L'avantage de cette méthode consiste en ce que le suintement sanguin est de beaucoup moins abondant, la vision de l'opération est de ce fait meilleure et permet de voir ce que l'on va faire Il ne s'agit pas en effet dans les temps délicats qui suivent d'aller

à l'aveuglette, les uretères ne sont pas loin et il faut les voir pour les éviter.

Sur les femmes maigres cette ligature ne comporte pas de grandes difficultés et une fois que l'on a décollé avec le doigt les deux feuillets du ligament large en haut et un peu en dedans il est facile de sentir battre l'artère sous l'index, dans l'excavation en arrière de la ligne invrominée ; quelques coups de sonde cannelée libèrent suffisamment le vaisseau, un catgut est passé avec l'aiguille courbe de Deschamps et la ligature est faite.

Dans quelques cas, plus rares il est vrai, la ligature des hypogastriques devient elle-même une véritable opération ; il s'agit alors de femmes grasses à parois épaisses, à bassin très creux, d'abords très difficiles ; on se trouve obligé, si l'on veut faire la ligature à tout prix, de faire des décollements sous-péritonéaux considérables, augmentant ainsi les chances d'hémorragie, d'hématomes et d'infection.

Pour certains la ligature du tronc hypogastrique entraîne l'ischémie de tous les tissus du petit bassin, diminuant leur résistance et retardant la cicatrisation ; cet argument ne nous semble pas posséder une réelle valeur car la circulation se rétablit suffisamment rapidement par des anastomoses pour éviter les effets fâcheux de l'ischémie prolongée ; n'a-t-on pas d'ailleurs pratiqué systématiquement les ligatures des pédicules utérins pour enrayer la marche du néoplasme ?

Parmi les nombreuses hystérectomies que nous

avons vu faire dans le service du Dr J.-L. Faure, nous avons pu observer le cas suivant : à l'ouverture de l'abdomen on constate une infiltration de la base des ligaments larges avec nombreux ganglions adhérents autour des veines iliaques, dont l'extirpation entraîna la déchirure de deux veines et la blessure de l'artère iliaque externe du côté gauche; ligature de trois vaisseaux plus les deux hypogastriques. Les suites opératoires furent excellentes, aucun trouble circulatoire ou trophique du côté du bassin ni des membres inférieurs.

Il y a donc, en somme, facilité plus grande d'opérer si l'on pratique la ligature de deux troncs hypogastriques.

Les inconvénients invoqués ne nous semblent pas posséder une réelle valeur sauf toutefois celui d'allonger et de compliquer l'opération lorsque le cas se présente mal, ce qui n'empêche pas d'ailleurs de pratiquer l'intervention, quoique plus difficilement.

Le décollement de la vessie se fait en général facilement, sauf dans les cas avancés où la face postérieure vésicale est envahie et il vaut mieux alors interrompre l'opération.

La dissection des uretères présente au contraire quelques difficultés même dans les cas faciles. On les trouve contre le feuillet postérieur du ligament large auquel ils adhèrent. On les reconnaît à leur forme et surtout à leurs mouvements vermiculaires. Pour les isoler on se sert soit de ciseaux courbes mousses, soit de l'érigne de Lecène. Il faut pousser

la dissection jusqu'à l'abouchement vésical. Mais si les nécessités opératoires ne l'exigent pas il faudrait tâcher d'éviter la dénudation totale de l'uretère sur une grande longueur pour se mettre à l'abri du sphacèle qui entraînerait des fistules urétérales post-opératoires.

Pour simplifier cette dissection délicate on a proposé de rendre l'uretère tangible en le cathétérisant. Cette méthode, de l'avis de M. Faure, présente plus d'inconvénients que d'avantages ; il vaut mieux voir que sentir.

Cathétérisé, l'uretère devient rigide et ne fuit plus devant l'instrument, fait souvent salutaire.

Il faut enfin avoir à sa disposition une instrumentation spéciale ; être entraîné à des manipulations bien souvent difficiles. C'est donc une manœuvre qui nous paraît bien souvent inutile.

Au cours de cette dissection on a pincé et coupé l'artère utérine au niveau de la crosse pour suivre l'artère jusque dans la vessie. Si l'on tient à cette simple ligature, l'hémostase ne sera pas parfaite car il existe des artérioles qui vont de l'artère utérine à corne vésicale et qui suintent abondamment lorsqu'on sépare la vessie du paramètre. Il faut donc, là encore, placer une bonne ligature.

Tous les pédicules utérins sectionnés et liés, l'utérus est beaucoup plus mobile mais tient encore dans la profondeur par l'insertion vaginale et les ligaments utéro-sacrés qui méritent une mention spéciale.

En soulevant l'utérus en haut et en avant on voit

dans le cul-de-sac postérieur se tendre deux cordes ; le doigt les repère aisément. Ce sont les ligaments utéro-sacrés contenant de nombreux vaisseaux qu'il faut lier.

Il convient d'abord de refouler le rectum et pour ce faire de sectionner le péritoine sur la face postérieure de l'isthme utérin, car à ce niveau il est facilement décollable ; on abaisse ensuite avec une compresse montée sur une pince le fond du cul-de-sac de Douglas jusqu'au moment où l'on découvre la parois vaginale postérieure. On place alors une pince Kocher sur la partie supérieure du ligament et on donne un coup de ciseaux entre la pince et l'utérus. On place une autre pince par devant la première sur la partie inférieure du ligament et on sectionne. Il faut lier les pédicules à part pour faire une bonne hémostase (Pratique de Lecène et de Faure). Quelques chirurgiens pratiquent la section des ligaments utéro-sacrés dans un des premiers temps opératoires pour profiter pendant le reste de l'opération des avantages que donne la mobilité que l'utérus acquiert une fois faite la section de ces ligaments.

Quoique nous n'avons jamais vu faire la section des ligaments utéro-sacrés en premier, il nous semble que cette pratique doit faciliter l'ascension de l'utérus et qu'elle mérite d'être prise en considération.

L'utérus ne tient plus alors que par le vagin qu'il s'agit de sectionner en tissu sain.

Pour ce faire différents instruments ont été proposés ; visant tous à la section du vagin entre deux

pinces pour éviter d'une part les sécrétions utérines d'autre part les sécrétions vaginales.

Le but a été réalisé mais dans la plupart des cas il est très difficile sinon impossible d'arriver à bien placer les pinces. Les uretères sont toujours là à proximité et d'une mobilité déconcertante. Il faut aussi quelquefois extirper une grande partie du vagin et par conséquence placer une pince très bas ; manœuvre souvent impossible. La vessie chez certaines femmes tient une place qu'il est difficile d'imaginer et elle est mal réclinée par la valve de Pollosson.

La façon la plus simple de procéder consiste à sectionner le vagin aux ciseaux sous le contrôle de la vue.

L'utérus étant récliné en haut, la vessie réclinée on découvre la paroi antérieure du vagin, l'index repère approximativement la limite inférieure de la tumeur, au-dessous de laquelle on pratique une boutonnière à l'aide de ciseaux courbes. La lèvre inférieure de l'incison est répérée par une pince et l'on introduit dans le vagin une compresse qui absorbe les sécrétions. (Avant l'opération on a eu soin de faire un badigeonnage à l'iode de la tumeur et du vagin.)

On termine alors en sectionnant circulairement le vagin en tissu sain, ce qui est facile puisqu'on voit de plus, plus largement.

La masse néoplasique est enlevée ; le petit bassin

est libre. On remplace les pinces par de bonnes ligatures au catgut.

Le dernier temps opératoire, l'extirpation de ganglions iliaques, est une manœuvre généralement facile; mais que tous les chirurgiens n'acceptent pas.

Les uns prétendent que dans la majorité des cas ces ganglions ne sont pas néoplasiques, mais simplement inflammatoires, les autres disent que lorsque les ganglions iliaques sont néoplasiques, les ganglions lombaires sont également envahis, et alors l'extirpation est incomplète par conséquence inutile et allonge l'opération sans bénéfice pour la patiente.

Nous ne nions pas que souvent les ganglions soient inflammatoires bien que l'examen histologique ait maintes fois montré du cancer; mais en tout cas ils sont suspects, et à ce titre ils doivent être enlevés.

Si nous supposons les ganglions iliaques envahis, il n'est pas fatal que les ganglions lombaires le soient aussi. Nous connaissons il est vrai des cas où un relai ganglionnaire peut être indemne alors que le suivant est touché ; mais cela n'est pas la règle et en tout état de causes il faut suivant la règle de M. J.-L. Faure enlever les ganglions toutes les fois qu'on les sent rouler sous les doigts.

Avec de l'attention et de la légéreté de main on parvient presque toujours à enlever les masses ganglionaires sans dommage pour les vaisseaux. L'hémostase ne comporte pas de difficultés. Les délabre-

ments sont insignifiants en regard de ce que l'on a déjà fait. L'opération n'est pas allongée d'une manière sensible et l'on s'est donné une garantie de plus.

Comme on ne sait pas au cours de l'intervention si les ganglions sont inflammatoires ou néoplasiques ; lorsqu'on les sent on pourrait se reprocher en cas de récidive de ne pas avoir procédé à l'extirpation.

Il ne reste plus maintenant qu'à réparer les brèches faites au cours de l'opération.

Nous nous trouvons en présence de larges surfaces sous-péritonéales dénudées : la face postérieure de la vessie, la face antérieure du rectum, les bases des ligaments larges et au fond le vagin largement ouvert.

Pour hâter la cicatrisation du petit bassin et aussi pour faire une hémostase plus parfaite, M. Faure pratique systématiquement deux surjets, suturant l'un, la face postérieure de la vessie à la paroi antérieure du vagin, l'autre la face antérieure du rectum à la paroi postérieure du vagin. De ce fait les surfaces dénudées sont réduites considérablement, diminuant les chances de suintement sanguin et d'infection, favorisant ainsi la cicatrisation par première intention.

Faut-il ou non drainer.

Il est certain qu'un drain placé dans le vagin ne peut pas avoir d'inconvénients et qu'il facilite

l'écoulement du léger suintement sanguin sous-péritonéal.

Cependant dans la grande majorité des cas il est inutile, le suintement sanguin étant insignifiant quand l'hémostase est bien faible.

Par précaution pour réaliser un léger tamponnement en même temps que pour maintenir l'asepsie de la plaie, M. Faure a l'habitude de placer une mèche à l'ectogan sur les surfaces cruentées restant après les sutures ; l'un des bouts de cette mèche est poussé dans le vagin et attiré à la vulve, la mèche est disposée sur tout l'espace sous-péritonéal, la péritonisation pratiquée par-dessus.

Ce tamponnement d'ailleurs n'est pas absolument indispensable ; plusieurs fois, il ne fut pas fait intentionnellement sans modification de suites opératoires normales.

La mèche ainsi placée est retirée à partir du lendemain de l'opération à raison de 40 à 50 centimètres par jour. Le quatrième jour la mèche est retirée entièrement.

Tels sont rapidement décrits les détails de technique qui ont fait notre attention.

Les suites opératoires malgré cette grosse intervention sont bonnes dans la grande majorité des cas, et l'on n'observe guère plus d'incidents qu'après la plupart des opérations sur le petit bassin.

L'infection, les embolies, les hémorragies peuvent se voir, très rarement à la vérité si nous considérons le grand nombre des cas que nous avons vu opérer,

les abcès de la paroi sont évités si l'on a eu soin de doubler avec les champs la plaie abdominale suivant le procédé que nous avons indiqué.

La phlébite se montre rarement, en tout cas bien moins fréquemment que dans les interventions abdominales pour fibrome.

Les suites opératoires éloignées sont plus importantes à considérer suivant que l'on a affaire à des cas opératoires que l'on peut classer en bons, moyens, et mauvais.

Raisonnablement on ne devrait tenter l'intervention que sur les cas bons ; c'est-à-dire présentant un utérus bien mobile avec de préférence bourgeonnement vaginal considérable ; ces cas sont en général les plus favorables. On dirait que le néoplasme tend à s'extérioriser, le paramètre dans ces cas est le plus souvent intact.

C'est avec ces cas que l'on obtiendra le maximum de succès avec le minimum de déchets.

Parmi les cas moyens on trouve des utérus immobiles ou difficilement mobilisables. Si le néoplasme est bourgeonnant, emplissant le fond du vagin, un simple curettage des végétations avec formolage suffit souvent à rendre la mobilité ; l'opération peut alors être tentée.

Dans les cas mauvais l'utérus est complètement immobilisé par une gange néoplasique, le fond de la vessie est souvent envahie ainsi que le dome vaginal. Ces cas ne sont justifiables que de la radiumthérapie dont nous avons déjà parlé et vu que son application

pouvait rendre opérables des cas qui ne l'étaient pas quelques mois auparavant ou tout au moins agir favorablement sur les symptômes hémorragies et douleurs.

Toutes les interventions par néoplasmes devraient être suivies de quelques applications de radium pour détruire *in situ* la poussière de cancer, suivant l'expression de notre maître J.-L. Faure.

L'association de la chirurgie et de la radium-thérapie constituerait à notre avis la méthode de choix pour le traitement du néoplasme du col utérin en attendant le jour peut-être proche où le radium suffirait à lui seul à assurer la guérison.

Pour nous en tenir aux temps présents il serait intéressant de connaître et de comparer les résultats obtenus par la chirurgie, par le radium et par l'association radium-chirurgie.

C'est une statistique à faire et que nous ne pouvons entreprendre faute de temps et d'éléments.

CONCLUSIONS

L'hystérectomie abdominale élargie constitue l'opération de choix du cancer du col utérin. Elle est nettement supérieure à toutes les autres interventions.

Elle est aussi complète qu'elle peut l'être chirurgicalement parlant.

Elle devrait dans certains cas être précédée et toujours suivie d'applications de radium. Dans ces conditions on réaliserait à peu près la chirurgie macroscopique que nos mains peuvent accomplir et la chirurgie microscopique (trop fine pour nos sens) à l'aide du radium.

Vu : le président de la thèse,
J.-L. FAURE

Vu : le doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4707-20